استناد به این مقاله: یعقوبی،ابولقاسم؛ محققی، حسین ؛ محمدزاده، سروه؛ ربیعی، مهدی؛ محمدزاده، سمکو (۱۳۹۲). عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۱۵۶-۱۴۳.

عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی

ابوالقاسم یعقوبی[۱]، حسین محققی[۲]، سروه محمدزاده[۳]، مهدی ربیعی[۴] سمکو محمدزاده[۵]

دریافت: ۱۳۹۲/۲/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۳/۴/۲۹

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی و مقایسه عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی وشبه جسمی بستری در بیمارستان قدس بوده است. بدین منظور از روش پژوهش تحلیلی- توصیفی استفاده شد. شرکت کنندگان در پژوهش را ۱۵۰ نفر (سه گروه ۵۰ نفره)که از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب و توسط روانپزشک تشخیص اختلال خلقی، روانپریشی یا شبه جسمی دریافت کرده بودند تشکیل می دادند. خانواده ها پرسشنامه عملکرد خانواده مک مستر را تکمیل نمودند. داده ها با روش مقایسه زوجی ، تحلیل مانوا ، پیش فرض های نرمال بودن توزیع ها و تساوی واریانس تحلیل شد. یافته ها حکایت از آن داشت سه گروه در همه ابعاد عملکرد خانواده، جز بعد نقش تفاوت معنا دار دارند وبیشترین تفاوت گروه ها مربوط به بعدکنترل رفتاری بود. نتایج مقایسه زوجی نشان داد بعد آمیختگی عاطفی بین گروه خلقی باگروه روانپریش و گروه روانپریش با گروه شبه جسمی تفاوت دارد اما بین گروه خلقی و شبه جسمی تفاوت معنادارنبود. افت کارکرد دربعدآمیختگی عاطفی در بیماران خلقی بیشتر از دیگرگروه ها بود. کنترل رفتار در بین گروه خلقی و روانپریشی تفاوت معناداری نداشت اما تفاوت در گروه خلقی و شبه جسمی و گروه روانپریش و گروه شبه جسمی معنادار بود($p<۰/۰۱$). نتایج آزمون عملکرد خانواده نشان داد که عملکرد کلی خانواده در بیماران روانپزشکی ناکارآمد می باشد.

کلید واژه‌ها: *عملکرد خانواده، اختلال خلقی، روانپریشی، شبه جسمی*

---

۱. دانشیار دانشگاه بوعلی سینا همدان

۲. استادیار دانشگاه بوعلی سینا همدان

۳. دانشجوی دکتری دانشگاه بوعلی سینا

۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله الاعظم

۵.کارشناس ارشد روانشناسی بالینی

مقدمه:

خانواده اولین بستری است که یک فرد از لحاظ اجتماعی، زیستی و روانشناختی درآن رشد کرده و مجهز به سازوکارهای مورد نیاززندگی سالم می شود. خانواده نهادیست که قوانین و مقررات خود را دارد، از اعضایی تشکیل شده که به گونه ای پویا و مرتبط، به یکدیگر وابسته اند؛ به همین علت نیز رفتارشان به صورت کاملا مجزا از کل سیستم خانواده قابل بررسی نیست. . مطالعه نظام های خانواده به تشخیص های متعددی در رابطه با نقش های ویژه ای که اعضای خانواده بخصوص فرزندان دارند منتهی شده است(وحیدزاده،۱۳۷۶)

با گسترش الگوی زیستی-روانی-اجتماعی دخالت کژکاری های خانوادگی در بیماری های روانپزشکی بیشتر مشخص شده است. آکرمن (۱۹۹۰) خانواده را به عنوان واحدی عاطفی ـ اجتماعی، کانون رشد و تکامل، التیام و شفادهنده و نیز مرکز پاتولوژی معرفی نموده است. در خانواده فرد خود را متعلق به مجموعه ای می‌داند که مختص اوست. به گفته مینوچین(۱۹۹۵) افراد هویت خود را از طریق خانواده احراز می‌کنند(پورتز و هاول،۱۹۹۲). ارتباط پویا و پیوسته اعضای خانواده درون نظام خانواده، توانایی خانواده در تطابق با تغییرات ایجاد شده در طول دوره های مختلف، حل تضادها و تعارض ها، همبستگی بین اعضا و موفقیت در الگوهای انضباطی، رعایت حد و مرز بین افراد و اجرای قوانین و مقررات حاکم بر این نهاد با هدف حمایت از کل سیستم رانشان می دهد(پورتز و هاول،۱۹۹۲). پژوهش ها نشان داده اند در خانواده هایی که ارتباط میان اعضا وتعامل خانواده بر اساس نزدیکی و صمیمیت و تفاهم بین افراد استوار است همه اعضا نسبتا علیه فشارهای زندگی مقاوم و مصون هستند(اسلامی،۱۳۸۰؛جنانی،۱۳۸۰؛ پروچاسکا و نورکراس۲۰۰۱). خانواده هایی که دارای عملکرد مطلوب هستند، مشکلات خود را در زمان بندی های خاص حل می‌کنند و از فلج و خشک نمودن فرآیندهای تعاملی در خانواده اجتناب می کنندو وقتی مسئله ای در خانواده رخ می‌دهد از مچ گیری و جستجوی فرد گناهکار خودداری می‌کنند، در حالی که در خانواده های باعملکرد نامطلوب هنگامی که مسئله ای رخ می‌دهد عضوی که ضعیف تر است و نمی تواند از خود دفاع کند، باید بار همه مشکلات را به دوش بکشد. معمولا فرد ضعیف نشانه های بیماری را بروز می‌دهد و برچسب بیمار دریافت می کند و بلاگردان (سپر بلای) خانواده می شود. خانواده های سالم شیوه های رفتاری ناموفق در حل مشکلات را رها ساخته و به جستجوی استراتژی های نو و خلّاق می‌پردازند، در حالی که خانواده های باعملکرد

نامطلوب یا به انکار مشکل می‌پردازند یا سعی بر حل مسئله براساس منطق روزمرّه و شیوه های ناکارآمد و هیجانی حل مسئله دارند(پورتز و هاول،۱۹۹۲).

پژوهش ها بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان به علایم جسمی، اضطراب، اختلال خواب، افسردگی و اختلال در کارکرد اجتماعی رابطه معناداری رانشان داده اند(سعادتمند،۱۳۷۶). نظام خانواده در بیمارن افسرده در ابعاد گوناگون دچارکژکاری است. خانواده در بیماران افسرده، پیوستگی، نزدیکی عاطفی و انعطاف پذیری کمتری از خود نشان می دهد و نظام ارتباطی ضعیفتری داشته و رضایت زناشویی در میان والدین پایین تر است(موسوی،۱۳۸۰؛کامسیل و اپشتاین،۲۰۰۲؛ کاشانی،آلان،داهلمیر،رضوانی و رید،۱۳۷۴). همچنین عملکرد خانواده در زنان نسبت به مردان رابطه قوی تری با افسردگی دارد. مهمترین پیش بین علایم افسردگی در نوجوانان، سطح رضایت آنان از پیوستگی و انطباق پذیری خانوادگی می باشد، در کودکان نیز افسردگی با کاهش پیوستگی اعضای خانواده و درعوض گسستگی و جدایی وفقدان صمیمیت وانعطاف پذیری اعضای خانواده و سطح رضایت پایین و خشنودی خانواده رابطه معنی داری دارد(موسوی،۱۳۸۰؛کامسیل و اپشتاین،۲۰۰۲؛ کاشانی،آلان،داهلمیر،رضوانی و رید،۱۳۷۴).

در مدل کارکرد خانواده مک مستر یک واحد خانواده باید شش کارکرد اولیه را که شامل حل مسئله، ارتباط، پاسخدهی عاطفی، آمیختگی هیجانی، نقش ها و کنترل رفتار را می شود،برای فرد داشته باشد . پژوهش ها و شواهد کلینیکی حاکی ازآنند که الگوهای نابهنجارکارکرد خانواده با بیماری های روانپزشکی در ارتباط هستند(سولومون، میکولینسر، فرید و واسنر،۱۹۸۷). مطالعه ای در خانواده بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه نشان داد که در خانواده این بیماران، پاسخدهی عاطفی و پیوستگی دچار نقص می باشد (فری،۱۹۹۰).

مطالعه ای دیگر در خانواده های بیماران اضطرابی حاکی از آن بود که که در بعد آمیختگی، خانواده این بیماران مختل است و توانایی مقابله ی مناسب با رویدادهای اضطراب زا در این خانواده ها نسبت به خانواده افراد سالم، پایین تر است(شان، کایسر چزنی،آلکون و بویس،۱۹۹۶). آنها همچنین نشان دادند که در خانواده های کودکان پیش دبستانی باخلق وخوی دشوار سطوح بالای تعارض، و ابراز هیجانات ناخوشایند وجود داردو کودکان نیز رفتارهای پرخاشگرانه بیشتری نشان می دهند(شان، کایسر چزنی،آلکون و بویس،۱۹۹۶). پژوهش دیگری نشان داد در کودکان مبتلا به اختلالات خوردن، نشانه شناختی افسرده وار و کارکردهای ضعیف خانواده بایکدیگر مرتبط هستند(فومانی، ولدارژک، بیساگا،

متیوز و سندبرگ،ماندل و کاتز،۱۹۹۹). نتایج پژوهش مک کی، مورفی، ریویتوس و مایستو(۱۹۹۱)در خانواده های سوء مصرف کنندگان نشان داد که ابعاد نقش ها و پاسخدهی عاطفی دچار مشکل هستند و نقص دراین دو بعد، سوء مصرف الکل را پیش بینی می کند. پژوهش های زیادی نشان داده اند که کارکرد خانواده، شدت علایم و تعداد دوره های عود را تحت تاثیر قرار می دهد. مثلا مقدار هیجان ابراز شده که به وسیله انتقادگری، خشونت، و در آمیختگی زیاد مشخص می شود باعث افزایش نرخ عود بیماران اسکیزوفرن می شود (براون، بیرلی و بینگ،۱۹۷۱؛ دوان، وست، گولدشتاین، رودنیک و جونز،۱۹۸۱). تعارضات والدینی متعدد، آمیختگی عاطفی نامناسب و سوگواری های حل نشده در خانواده باعودهای مکرر بیماران اسکیزوفرن مرتبط است(والش و مک گولدریک،۱۹۸۷،والش،۱۹۸۸). گودیر و دیگران نشان داده اند که در بزرگسالان مبتلا به افسردگی مزمن، کارکردخانواده با عود نشانه های افسردگی بعد از ۳۶ هفته پیگیری مرتبط است(گودیر، هربرت، تامپلین و سشر،۱۹۹۷).

مطالعه ای در بزرگسالان مبتلا به افسردگی نشان داد که زمانی که کارکردهای خانواده بهبود می یابند، نشانه های افسردگی نیز کاهش می یابد(وکرلی،۲۰۰۲؛امانوئلی،اوستوزی، کوزورالو، واتکینز،لاسک و والر،۲۰۰۳). مقایسه کودکان مبتلا به افسردگی اساسی، کودکان مرزی(در مرز ابتلا)و کودکان غیر افسرده نشان داد که در کودکان مبتلا کنترل رفتاری و کارکرد کلی خانوادهاز نارسایی بیشتری برخوردارند. خانواده های کودکان مرزی در تعریف نقش و آمیختگی هیجانی مشکلات بیشتری دارند(هیل، هاوکینز،ابوت، جی گو،۲۰۰۵). تفاوت های فردی نیز در ادراک کارکرد خانواده تاثیر دارند(همان منبع). در مقایسه ای که بین مادران انگلیسی و ایتالیایی انجام شد،یج نشان داد مادران انگلیسی، بر استقلال فردی تاکید بیشتری دارند در باره ابعاد ارتباط خانوادگی و نقش ها نگران بودند و مادران ایتالیایی، بیشتر بر زندگی خانوادگی تاکید دارند نگران الگوهای کنترل رفتار درخانواده خود بودند(همان منبع)

نتایج پژوهشی نشان داد که کارکرد خانواده و میزان مصرف روزانه سیگار در نوجوانان رابطه معکوسی دارند(لزین، رولل،بین و تیلور،۲۰۰۴). درخانواده هایی که کارکرد خانواده سالم می باشد مصرف سیگار به صورت معناداری کمتر از نوجوانان دارای خانواده های نارسا کارکرد است(هیل، هاوکینز،ابوت، جی گو،۲۰۰۵)

پژوهش های دیگر حاکی از آنند که در کودکان و نوجوانان در خانواده های باکارکرد سالم از تاب آوری روانشناختی بالاتری برخوردارند(ایساکو،۲۰۰۲؛اینزلیخت،آرونسون، گود و مک کی، ۲۰۰۶؛کالیل،۲۰۰۳). به طور کلی یافته های پژوهشی حاکی از نقش محافظت کننده کارکرد سالم خانواده

در برابر سوء مصرف الکل و مواد مخدر در نوجوانان است(توگاد و فردریکسون،۲۰۰۴؛ هیدمن،۲۰۰۳؛ هیل و همکاران،۲۰۰۵).

هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و بیماران شبه جسمی بستری در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج می باشد. به عبارت دیگر سوال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا عملکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و بیماران شبه جسمی متفاوت است؟

جامعه نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری این پژوهش را کلیه بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و شبه جسمی بستری در بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج، درفاصله فروردین ۸۹ تا فروردین ۹۰تشکیل می دادند. در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری ساده تصادفی استفاده شد. حجم نمونه شامل ۱۵۰ نفر(۳۷ زن،۱۱۳ مرد با میانگین ۲۲/۳ سال) درسه گروه ۵۰ نفره درطیف اختلالات خلقی، شبه جسمی و روانپریش بود. در پژوهش حاضر منظور از اختلالات خلقی دریافت یکی از تشخیص های اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی نوع ۱ یا ۲، افسرده خویی، خلق ادواری، افسردگی پس از زایمان، اختلالات افسردگی نامعین و دوقطبی نامعین از جانب روانپزشکان مقیم بیمارستان بود. اختلالات روانپریشی نیز شامل انواع اسکیزوفرنی(پارانویید، نابسامان، کاتاتونیک، نامتمایز و باقیه)اسکیزوفرنی فرم، اسکیزوافکتیو، اختلالات هذیانی، روانپریشی گذرا و اختلالات روانپریشی نامعین بود. طیف اختلالات شبه جسمی مورد پژوهش شامل اختلال جسمانی سازی، اختلال تبدیلی، خود بیمار انگاری، بدریختی بدن، اختلالا شبه جسمی نامتمایز، اختلالا درد و اختلال شبه جسمی نامعین بود.

سه گروه که توسط روانپزشکان مقیم بیمارستان تشخیص نهایی یکی ازاختلالات خلقی(طیف اختلال)، اختلال روانپریشی(طیف کامل اختلال)و اختلال شبه جسمی دریافت کرده بودند، در تحقیق شرکت داده شدند. معیار خروج هم، ابتلای به هر کدام از اختلالات ناشی ازیک اختلال طبی عمومی یا ناشی از مصرف مواد منظورشد. خانواده ها پرسشنامه عملکرد خانواده را تکمیل می کردند. . برطبق فرم اصلی هرکدام از اعضای خانواده که بالاتر از ۱۲ سال سن داشته باشد می تواند پرسشنامه را تکمیل کند. درنهایت نمرات سه گروه با روش مقایسه زوجی و تحلیل مانوا و پیش فرض های نرمال بودن توزیع ها و تساوی واریانس تحلیل شد.

ابزار پژوهش

ابزار سنجش عملکرد خانواده توسط اپشتاین، بالدوین و بیشاپ برای سنجش کارکرد خانواده در سال۱۹۸۳ بنابر الگوی مک مستر تدوین شده است. این مقیاس دارای ۶۰ گویه است. مدل مک مستر از کارکرد خانواده یک مدل سیستمی با جهت گیری بالینی از کارکرد خانواده است که خصوصیات رفتاری و ساختاری گروه خانواده والگوی تبادلی مهم موجود میان اعضای خانواده رامعین می کند. هربعد روی پیوستاری از کارایی تا ناکارآمدی قرار دارد. این پرسشنامه شامل شش بعد"حل مسئله"، "ارتباط"، نقش ها"، "پاسخدهی عاطفی"، "آمیختگی عاطفی"، "کنترل رفتار" می باشد بعلاوه یک ارزیابی کلی از کارکرد کلی به دست می دهد که به عنوان یک بعد جداگانه تحت عنوان خرده مقیاس کلی کارکرد خانواده عنوان می شود. به طور خلاصه حل مسئله نشان دهنده توانایی خانواده برای حل مشکلات خانواده ونیز مراحلی که برای اینکار طی می کنند می باشد.

ارتباط به تبادل موثر گسترده، روشن ومستقیم ارتباطات در خانواده اشاره می کند. نقش ها کارایی خانواده را در انجام وظایف محوله را اشاره می کند و شامل مواردی می شود که بر فراهم کردن منابع(خوراک، پوشاک، سرپناه)پوشاک و حمایت، رشد مهارت های زندگی و حفظ و اداره سیستم خانواده مثلا اداره خانه کارهای مربوط به حساب کتاب، حیات، مسائل بعداشتی و قدرت تصمیم گیری مربوط می شود. "پاسخدهی عاطفی"آمادگی خانواده برای دادن پاسخ هیجانی مناسب وبه موقع را می سنجد. "آمیختگی عاطفی"به کیفیت توجه، علاقه و سرمایه گذاری اعضای خانواده در برابر یکدیگر اشاره دارد و کنترل رفتار استانداردهاو آزادی های رفتاری را توصیف می کند که شامل چهار شیوه اقتدار منطقی، خشک، آشفته و سهل انگارانه می باشد. پرسشنامه اعتباریابی شده است ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۵۸تا ۰/۸۵ و اعتبار باز آزمایی آن بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ می باشد و ضریب آلفای کرونباخ بین خرده مقیاس های این پرسشنامه بین ۰/۵۴ تا۰/۹۱ و بین تمام خرده مقیاس ها و کارکرد کلی خانواده آلفای کرونباخ۴۷ /۰ تا۰/۹۷ می باشد(بامی و مکس،۲۰۰۵).

برای نمره گذاری تمام پاسخ ها از ۱ تا۴ کدگذاری می شوند. نمره بالاتر در هر مقیاس نشانه کارایی پایین تر است. برای به دست آوردن نمره هرمقیاس متوسط نمرات آن مقیاس محاسبه می شود،سپس نمرات هر مقیاس باهم جمع شده و بر تعداد مواد آن مقیاس تقسیم می شود؛ بنابراین نمره هرمقیاس بین۱(سالم) تا۴ (ناسالم)خواهد بود اگر۴۰٪ از مواد یک مقیاس پر نشده باشد نمره مقیاس محاسبه نخواهد شد(بامی و مکس،۲۰۰۵). در پژوهش حاضر کارکرد خانواده در ابعاد شش گانه ویک

خرده مقیاس تحت عنوان کارکرد کلی بین سه گروه اختلالات خلقی، اختلالات روانپریشی و اختلالات شبه جسمی مقایسه شده است. آزمودنی برای هرماده یکی از گزینه های زیر را انتخاب می کند: کاملا موافقم، موافقم، مخالفم، کاملا مخالفم

یافته ها

برای تحلیل داده های پژوهش از تحلیل مانوا یا تحلیل واریانس چند متغیره استفاده گردید. دلیل استفاده از این روش تعداد گروه ها و تعدد متغیر های وابسته بود. قابل ذکر است جنسیت، سن و تحصیلات با متغیرهای وابسته رابطه نداشتند و به همین دلیل اثر آنها بر روی متغیرهای وابسته کنترل نشده است. به منظور استفاده از آزمون های پارامتریک، نیاز است دو پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها و تساوی واریانس ها بررسی شود که نتایج آزمون شاپیرو ویلك و آزمون لوین نشان داد که این پیش فرض ها برای استفاده از تحلیل مانوا رعایت شده است. نتایج تحلیل مانوا برای مقایسه گروه ها از لحاظ متغیر های وابسته در جدول۱ ارائه شده است:

جدول۱: تحلیل واریانس چند متغیره برای تحلیل متغیر های وابسته در بین گروه های مورد بررسی

گروه ها	خلقی		روانپریش		شبه جسمی		F	eta	اندازه اثر	sig
متغیرها	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار				
آمیختگی عاطفی	۱۷/۵۹	۳/۵۹	۱۴/۹۷	۲/۸۷	۱۶/۸۲	۳/۸۰	۷/۴۵	۰/۹۳	۰/۰۹	۰/۰۰۱
کنترل رفتاری	۱۸/۳۴	۵/۶۶	۲۰/۱۶	۶/۲۵	۲۶/۵۰	۳/۰۸	۳۱/۵۷	۰/۹۹	۰/۳۰	۰/۰۰۰۱
عملکرد کلی	۲۵/۰۲	۵/۶۰	۲۱/۳۰	۵/۴	۲۳/۳۹	۶/۷	۴/۵۱	۰/۷۷	۰/۰۶	۰/۰۱
حل مسله	۱۶/۴۸	۶/۰۷	۱۲/۳۴	۳/۵	۱۵/۳۶	۳/۹۳	۱۰/۳۰	۰/۹۸	۰/۱۲	۰/۰۰۰۱
ارتباط	۱۹/۸۱	۶/۰۷	۱۸/۱۰	۵/۷	۲۲/۰۸	۶/۱	۵/۲۷	۰/۸۳	۰/۰۷	۰/۰۰۶
پاسخ دهی	۱۴/۳۴	۴/۱	۱۳/۹۷	۳/۰۵	۱۷/۵۲	۳/۸۵	۱۲/۸۱	۰/۹۹	۰/۱۵	۰/۰۰۰۱
نقش ها	۲۱/۴۸	۵/۸۷	۲۲/۳۸	۶/۱	۲۲/۸۹	۷/۸	۰/۵۴	۰/۱۳	۰/۰۰۸	۰/۵۸

همانطور که در جدول (۱) قابل مشاهد می باشد، نتایج تحلیل واریانس چند متغیره در این جدول ارائه شده است. نتایج نشان می دهند که سه گروه از لحاظ همه متغیر ها به جز متغیر نقش ها تفاوت معناداری با یکدیگردارند($p<0/01$). همچنین با توجه به اندازه اثر، نتایج تحلیل مانوا نشان می دهد که بعدآمیختگی(درگیری)عاطفی بیشتر دربیماران مبتلا به اختلالات خلقی دچار نارسایی کارکرد است($p<0/001$). بیشترین تفاوت گروه ها مربوط به بعد کنترل رفتاری می باشد و میانگین بالاتر (که نشانه نارساکارکردی بیشتر است)مربوط به گروه بیماران شبه جسمی است. عملکرد کلی نیز در هرسه گروه دچار افت کارکرد است، اما اندکی در گروه بیماران خلقی بیشتر است ($p<0/01$).

میانگین نمرات بعد حل مسئله در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی بالاتر از میانگین نمرات دو گروه دیگر است که نشانه کژکارکردی بیشتر این بعد در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی است. میانگین نمره بعد ارتباط در بیماران شبه جسمی بیشتر از دوگروه دیگر است. دربعد پاسخدهی عاطفی نیز نمرات گروه شبه جسمی بیشتر است. بعد نقش هم اندکی نمره گروه شبه جسمی بالاتر است(هرچند این تفاوت معنادار نیست-جدول۲). به طور کلی درابعاد کنترل رفتاری ارتباط، پاسخدهی عاطفی و نقش ها بیشتر در بیماران مبتلا به طیف اختلالات شبه جسمی اقت کارکرد از دو گروه دیگر بیشتر است. میانگین نمرات ابعاد آمیختگی عاطفی، عملکرد کلی و توانایی حل مسئله در خانواده بیماران خلقی نسبت به دو گروه دیگر بیشتر است.

جدول(۲):مقایسه زوجی نمرات متغیر های وابسته در سه گروه با استفاده از روش مقایسه زوجی LSD

شاخص ها متغیر وابسته	مقایسه زوجی گروه	 گروه	اختلاف میانگین ها	معناداری
آمیختگی عاطفی	خلقی	روانپریش	۲/۶۱	۰/۰۰۰۱
	خلقی	شبه جسمی	۰/۷۶	۰/۲۸
	روانپریش	شبه جسمی	-۱/۸۴	۰/۰۱
کنترل رفتاری	خلقی	روانپریش	-۱/۸۱	۰/۰۸۸
	خلقی	شبه جسمی	-۸/۱۵	۰/۰۰۰۱
	روانپریش	شبه جسمی	-۶/۳۳	۰/۰۰۰۱
عملکرد کلی	خلقی	روانپریش	۳/۷۱	۰/۰۰۳
	خلقی	شبه جسمی	۱/۶۲	۰/۱۹
	روانپریش	شبه جسمی	-۲/۰۸	۰/۱۰
حل مسله	خلقی	روانپریش	۴/۱۴	۰/۰۰۰۱
	خلقی	شبه جسمی	۱/۱۲	۰/۲۴

	روانپریش شبه جسمی	-۳/۰۲	۰/۰۰۲
ارتباط	خلقی روانپریش	۱/۷۱	۰/۱۵
	خلقی شبه جسمی	-۲/۲۷	۰/۰۶
	روانپریش شبه جسمی	-۳/۹۸	۰/۰۰۱
پاسخ دهی عاطفی	خلقی روانپریش	۰/۳۶	۰/۶۲
	خلقی شبه جسمی	-۳/۱۷	۰/۰۰۰۱
	روانپریش شبه جسمی	-۳/۵۴	۰/۰۰۰۱
نقش ها	خلقی روانپریش	-۰/۸۹	۰/۵
	خلقی شبه جسمی	-۱/۴	۰/۳
	روانپریش شبه جسمی	۰/۵۰	۰/۷۱

همانطور که در جدول ۲ قابل مشاهده می باشد نتایج مقایسه زوجی نشان داد که از لحاظ بعد آمیختگی(درگیری) عاطفی بین گروه خلقی با گروه روانپریشی و گروه روانپریش با گروه شبه جسمی تفاوت معنادار وجود دارد ، ولی بین گروه خلقی وشبه جسمی تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین نتایج نشان می دهد که آمیختگی(درگیری)عاطفی در بین گروه خلقی ها بیشتر از سایر گروه هاست. از لحاظ کنترل رفتاری بین گروه خلقی و روانپریشی تفاوت معنادار وجود نداشت، ولی بین گروه خلقی و شبه جسمی و گروه روانپریشی و گروه شبه جسمی تفاوت معناداری وجود دارد($p<۰/۰۱$). همچنین نتایج نشان داد که نقص بعدکنترل رفتاری در بین گروه شبه جسمی ها بیشتر از سایر گروه هاست. از لحاظ بعد حل مسله بین گروه خلقی و شبه جسمی تفاوت معنادار وجود نداشت ولی بین گروه خلقی با روانپریشیی و گروه روان پریشی با گروه شبه جسمی تفاوت معناداری وجود داشت($p<۰/۰۱$). از لحاظ عملکرد کلی فقط بین گروه خلقی و روانپریشی تفاوت معنادار وجود داشت. و میانگین عملکرد کلی در گروه خلقی بیشتر از سایر گروه ها بود. همچنین نتایج نشان داد که از لحاظ حل مسله گروه خلقی بیشترین مشکلات را داشتند. دربعد ارتباط فقط بین گروه روانپریشی و شبه جسمی تفاوت معنادار وجود داشت. و میانگین گروه شبه جسمی بیشتر از سایر گروه ها بود. دربعد پاسخ دهی نیز میانگین گروه شبه جسمی بیشتر از سایر گروه ها می باشد($p<۰/۰۱$). و در نهایت نیز از لحاظ نقش ها بین چهار گروه تفاوت معناداری وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

ازیافته های پژوهش حاضرچنین بر می آید که عملکرد خانواده درسه گروه بیمار مبتلا به اختلالات خلقی، روانپریشی و بیماران شبه جسمی متفاوت بود. یافته های جدول شماره ۱ نشان می دهد که بیماران مبتلا به طیف اختلالات خلقی در بعدآمیختگی(درگیری)عاطفی، نمرات بالاتری از دو گروه دیگر دارند. به علاوه عملکرد کلی در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی پایین تر از بیماران دیگر روانپزشکی است و در اکثر موارد به همین خاطر در بیمارستان بستری می شوند. این یافته با نتایج پژوهش های کاپلان(۲۰۰۷)، تامپلین، گودیر وهربرت(۱۹۹۷) و کامسیل و اپشتاین(۲۰۰۲) همخوانی دارد. آمیختگی(درگیری)عاطفی و سرمایه گذاری عاطفی اعضای خانواده بر روی همدیگر در بیماران روانپزشکی به صورت کلی و در بیماران مبتلا به اختلالات خلقی دچار نارساکارکردی است.

در پژوهشی که محسنی، چیمه،پناغی و منصوری(۱۳۹۰) با مقایسه کارکرد خانواده بیماران آرتروویید و اسکیزوفرن انجام دادند، نتایج پژوهش ها نشان داد کارکرد کلی خانواده، حل مسئله، پاسخگویی عاطفی و آمیختگی عاطفی ناکار آمد تر از بیماران روماتیت آرتروویید است ولی در نقش ها و کنترل رفتار تفاوت معناداری وجود نداشت. محیط هیجانی خانواده در برابر بیماری اهمیت بسزایی دارد جو هیجانی خانواده برشرایط بهبود یا عود بیماری تاثیر گذار است(لوبون، بارولوخ و جونز،۲۰۰۶). یافته های پژوهش حاضر نارسایی بعد توانایی حل مسئله را بیشتر در گروه مبتلایان خلقی نشان دادند. درتبیین این یافته می توان گفت مبتلایان به اختلالات خلقی شیوه های های حل مسئله ناپخته و هیجانی (هیجان مدار)دارند در حالی که افراد سالم شیوه های حل مسئله مسئله مدار دارند وبه جای تصمیم گیری های هیجانی و تکانشی بر ابعاد مختلف مسئله توجه می کنند(وکرلی،۲۰۰۲) در یافته ها اگرچه بیماران روانپریش نیز افت کارکرد در تمام ابعاد را نشان می دهند، اما تفاوت معناداری با دوگروه دیگر ندارند.

اختلالات روانپریشی جزء اختلالات مزمن روانپزشکی محسوب می شوند که ازبی نظمی های زیستی اولیه بیشتر تاثیر می پذیرند تا صرفا اشکال در روابط بین فردی؛اما در حوزه های مختلف فردی خانوادگی و اجتماعی اختلال ایجاد می کند. عملکرد خانواده دچار مشکل می شود، انسجام و پیوستگی و درک اعضای خانواده هایشان دچار مشکل می شود و خانواده های این دسته از بیماران در نشان دادن عواطف به یکدیگر، حل مسئله، انجام وظایف ونقش ها برای برآورده کردن نیازهای عاطفی و اقتصادی، ارتباطات کلامی و غیر کلامی و پاسخدهی عاطفی از توانایی کمتری برخوردارند(محسنی و همکاران،۱۳۹۰). یافته ها همچنین نشان داد که در بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی کنترل رفتاری،

ارتباط و پاسخدهی هیجانی بیشتر از دوگروه دیگر نارسایی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که در بیماران مبتلا به اختلالات شبه جسمی معمولا مشکلات در روابط بخصوص روابط بین فردی با زبان بدن ابراز می شود و مشکلات جسمانی می شوند، و پاسخدهی هیجانی مناسب نسبت به مشکلات در خانواده وجود ندارد و روابط واضح و روشن نیستند. پژوهشی نشان داده بین عملکرد ضعیف خانواده و ابتلای فرزندان و سایر اعضای به علایم جسمی واضطراب رابطه معناداری وجود دارد(سعادتمند،۱۳۷۶)در تبیین این یافته می توان گفت کارکردهای سالم خانواده می تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر ابتلا به اختلالات روانپزشکی باشد. زمانی که کارکردهای اساسی خانواده دچار اشکال شود میزان تاب آوری فرد دربرابر رخدادهای ناگوار و ابتلا به بیماری های روانپزشکی کاهش یافته واحتمال بیمار شدن فرد افزایش می یابد. درنهایت سه گروه در تغیر نقش ها تفاوت معناداری نداشتند که با یافته های رضایی،صابری،شاهمرادی و خسروی (۱۳۸۳)همخوانی داشت. در تبیین این یافته می توان گفت درخانواده بیماران مبتلابه همه اختلالات روانپزشکی کارکرد ایفای نقش به خوبی اعمال نمی شود وبعد از ابتلا به بیماران پیامی مبنی بر اینکه فرد ارزشمند است وقادراست به عنوان فردی ارزشمند در خانواده ایفای نقش کند داده نمی شود.

این که کدامیک از دو متغیرنقص کارکرد خانواده و ابتلا به اختلالات روانپزشکی، علت و دیگری معلول می باشندو کدامیک مقدم و موخرند (بیماری بر نقص عملکرد یا نقص عملکرد بر بیماری) به درستی مشخص نیست زیرا نقص عملکرد خانواده و اختلالات روانپزشکی به صورت کاملا همبسته بوده و یکدیگر را تشدید می کنند. همه این پژوهش ها دارای یک محدودیت اساسی هستند وآن اینکه پژوهش های انجام شده پس رویدادی هستند و پژوهش های طولی که نشان دهند کدام الگو ها منجر به ایجاد کدام بیماری ها می شوند، انجام نشده است. هرچند به طورکلی پژوهش های پیشین نشان داده اند خانواده های بیماران روانپزشکی از اختلال کارکرد در ابعاد مختلف زندگی خانوادگی خود رنج می برند، بیشتر پژوهش های انجام شده حول محور اعتبار سنجی مقیاس بوده و به علت وجود مقیاس های مختلف در هرپژوهش از مقیاس خاصی استفاده شده است و یا به رابطه سنجی بین مولفه های روانشناختی(نه آسیب شناسانه)و کارکردخانواده پرداخته شده است. درپایان پیشنهاد می شود که پژوهش های طولی وبلند مدت جهت بررسی تاثیر کارکرد خانواده بر بهبود یا شدت ابتلای به اختلال در گروه های مختلف بیماران روانپزشکی وبه صورت متقابل تاثیر ابتلا به اختلالات روانپزشکی بر کارکرد خانواده انجام گیرد.

تشکر و قدردانی: در پایان نویسندگان نهایت قدردانی را از پرسنل دلسوز بیمارستان روانپزشکی قدس سنندج دارند.

منابع

اسلامی،رسول(۱۳۸۰). تاثیرعملکرد خانواده بر کودکان. پایان نامه کارشناسی دانشگاه تربیت معلم.

پروچاسکا،جیمز و نورکراس ،جان سی (۲۰۰۱). نظریه های مشاوره و رواندرمانی. تهران: انتشارات رشد.

جانانی،کاظم (۱۳۸۰). تعاملات خانوادگی و سلامت روان دانش آموزان:مطالعه ای بر دانش آموزان راهنمایی شهر بروجرد. پایان نامه کارشناسی، دانشگاه تربیت معلم.

رضایی،امید . صابری،مهدی . شاهمرادی،حسین. ملک خسروی،غفار (۱۳۸۵). کارکرد خانواده در بیماران مبتلا به اختلال هویت جنسی،مجله توانبخشی.

سعادتمند،علی(۱۳۷۶). بررسی رابطه بین کارآیی خانواده و سلامت عمومی فرزندان خانواده ها. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی. دانشگاه آزاد رودهن. ۱۱۳-۱۱۷

محسنی،منصور. چیمه،نرگس. پناغی،لیلا. منصوری،نادر(۱۳۹۰). مقایسه کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده های بیماران مبتلا به آرتریت روماتییدو بیماران اسکیزوفرن. فصلنامه خانواده پژوهی.

موسوی،احمد(۱۳۸۰). کارکرد خانواده و سلامت روان در اعضای خانواده. مجله روانپزشکی و علوم رفتاری. سال بیستم، شماره۲

وحیدزاده، جمشید (۱۳۶۷). ملاحظات اساسی در روانپزشکی. تهران:انتشارات اسلامی.

Barney, M. C. Max, J. E,(2005). The McMaster family assessment device and clinical rating scale: Questionnaire vs interview in childhood traumatic brain injury. *Journal of Brain Injury*. 19 (10), 801-809

Brown, G. W. Birley J. L. Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry,121:241*-58 .

Cumsille, P. E. Epstein, N. (2002). Family cohesion, family adaptability, social support and adolescent depressive symptoms in outpatient clinic families. *Journal of Family Psychology*, 8: 202-14.

Doane, J. A. West, K. L. Goldstein, M. J. Rudnick, E. H Jones, J. E. (1981). Parental communication deviance and affective style. Predictors of subsequent schizophrenia spectrum disorders in vulnerable adolescents. *Journal of Arch Gen Psychiatry*, 38: 679-85.

Emanuelli, F. Ostuzzi, R. Cuzzolaro, M. Watkins, B. Lask, B. Waller, G. (2003). Family functioning in anorexia nervosa: British and Italian mothers' perceptions. *Journal of Eat Behav*, 4: 27-39.

Fornari, V. Wlodarczyk-Bisaga, K. Matthews, M. Sandberg, D. Mandel, F. S. Katz, J. L. (1999). Perception of family functioning and depressive symptomatology in individuals with anorexia nervosa or bulimia nervosa. *Journal of Compr Psychiatry*, 40: 434-41.

Frey, J. Oppenheimer, K. (1990). Family dynamics and anxiety disorders: a clinical investigation. *Journal of Family System Med*, 1990; 8: 28-37.

Goodyer, I. M. Herbert, J. Tamplin, A. Secher, S. M. Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression: II. Life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *Journal of American Academic Child & Adolesc Psychiatry*, 36: 474-80.

Hill,C. G. , Hawkins. D. , Catalano. R. F. , Abbott. R. D. , Jie Guo . (2005). Family influences on the daily smoking initiation, *Journal of adolescent health*, 37. 213-224.

Headman. N. C. (2003), The role of family function in treatment engagement and posttreatment dieliquency invilvment, requirement for Degree of Doctor of philosophy, The Florida State University.

Inzlicht, M. , Aronson, J. , Good, C. , & McKay, L. (2006). A particular resiliency to threatening environments. *Journal of Experimental Social Psychology*, 42, 323-336

Issacson, B. (2002). Characteristics and enhancement of resiliency in young people, A Research paper for master of Science Degree with major in guidance and counseling, university of Wisconsin-stout:133-37.

Kalil,A. (2003). Family resilience and good child outcomes. A review of the literature, *Center for research and social evaluation*, 33-5

Kaplan's. (2007). synopsis of psychiatry: behavioral science, clinical psychiatry9th ed. 1:25- 31

Kashani, J. H. , Allan, W. D. , Dahlmeie,r J. M. , Rezvani, M. , Reid, J. C. (1995). An examination of family functioning utilizing circomplex model in psychiatrically hospitalized children with depression. *Journal of Affective Disorders*, 35: 65-73.

Lobban, F. , Barrowclough, C. , & Jones, S(2006). Does expressed emotion need to be understand within a more systemic framework*? Journal of* Society *of Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, *41*, 50-55.

McKay, J. R. , Murphy, R. T. , Rivinus, T. R. , Maisto, S. A. (1991). Family dysfunction and alcohol and drug use in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of American Academic Child Adolesc Psychiatry*, 30: 967-72.

Ports, P. R. , Howl, S. C. (1992). Family functions and children post-divorce adjustment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62: 613-17.

Solomon, Z. , Mikulincer, M. , Freid, B. , Wosner, Y. (1987). Family characteristics and posttraumatic stress disorder: a follow-up of Israeli combat stress reaction casualties. *Journal of Fam Process*, 26: 383-94

Tamplin, A. , Goodyer, L. M. , Herbert ,J. (1997). Family functioning and parent general health in families of adolescents with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders, 48*: 1-13.

Tschann, J. M. , Kaiser, P. , Chesney, M. A. , Alkon, A. , Boyce, W. T. (1996). Resilience and vulnerability among preschool children: family functioning, temperament, and behavior problems. *Journal of American Academic Child Adoles Psychiatry*; 35: 184-92.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. LResilient,. (2004). Individuals use Positive Emotions to Bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personalityand Social Psychology, 86,* 320-333

Walsh, F., McGoldrick, M. (1987). Loss and the family life cycle. In: Falicov C, editor. Family transitions: continuity and change. New York: Guilford Press;:13-17.

Walsh, F. (1988). New perspectives on schizophrenia and families. In: Walsh F, Anderson C, editors. Chronic disorders and the family. New York: Haworth Press; 45.

Weckerly,j. (2002). Pediatric bipolar mood disorder*, Journal of Developmental behavior in pediatrics*, 23(1):42-56.